Overdracht van informatie van huisarts naar wachtarts, een kwaliteitsverbeterproject

Dr. Van Marcke Maarten,
Huisarts in opleiding, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts,
Huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2016 – 2018

Abstract

Titel: Overdracht van informatie van huisarts naar wachtarts, een kwaliteitsverbeterproject

Auteur: Dr. Maarten Van Marcke

Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts

Contact: maartenvanmarcke@hotmail.com

Context

Tijdens de wachtdienst kom je als huisarts vaak in contact met patiënten waarvan de medische voorgeschiedenis niet gekend is. Het is net bij huisbezoeken, waar er het meeste nood is aan informatie van de bezochte patiënt, dat deze ontbreekt.

Onderzoeksvraag

- Hoe de essentiële informatie van het GMD overdragen van huisarts naar wachtarts?

Methode

Het literatuuronderzoek zocht naar welke informatie over de patiënt er nodig is voor de wachtarts. Vervolgens vond er een eerste registratiemoment plaats waarbij de aanwezigheid van thuisdossiers werd opgelijst. Nadien werden de artsen aangespoord om hun thuisdossiers aan te vullen, waarna een tweede registratiemoment plaatsvond. Tenslotte volgde er nog een vragenlijst voor de huisartsen over het gebruik en het nut van thuisdossiers.

Resultaten

Het literatuuronderzoek toonde aan dat bij sommige patiënten medische achtergrondinformatie nodig is om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Tijdens het eerste en tweede registratiemoment werden er respectievelijk 15 en 16 patiënten geïncludeerd, waarvan er telkens 5 een thuisdossier hadden. Thuisdossiers werden door 7 van de 10 artsen aangemaakt voor een deel van hun patiënten. 9 op de 10 maakt gebruik van thuisdossiers tijdens de wachtdienst. De helft van de ondervraagde artsen vond het aanmaken van thuisdossiers te tijdsinvesterend. Algemene gegevens zoals naam en geboortedatum waren voor de meeste artsen het belangrijkste in een thuisdossier, gevolgd door medische gegevens zoals bloedgroep, allergieën en intoleranties. Van de 10 huisartsen waren er 6 die positief stonden ten opzichte van het SumEHR.

Conclusie

De ondervraagde huisartsen ervaren thuisdossiers als een meerwaarde. Toch zien we dat een thuisdossier ontbreekt bij een deel van de patiënten waarbij het wel nuttig zou kunnen zijn. Een gebrek aan tijd werd vaak aangehaald. Momenteel wordt er sterk ingezet op eHealth en zou het SumEHR een waardig alternatief kunnen zijn voor het papieren thuisdossier.

Inhoudstafel

Inleiding 1

Oriënterend literatuuronderzoek 3

Onderzoeksmethodiek 4

Resultaten 5

- 1ste en 2de registratiemoment 5
- Studiepopulatie 5
- Dossierkeuze huisbezoeken 7
- Thuisdossiers 8
  - Voor wie? 8
  - Inhoud 8
  - Geen thuisdossier? 9
  - Gebruik tijdens wachtdienst 9
  - Nuttige informatie 10
- SumEHR 11

Discussie 12

- Respons registratieformulier 12
- Respons enquête 13
- Tijd als factor 14
- Administratieve hulp 15
- EHealth 16
- SumEHR als antwoord? 18
- Multidisciplinariteit 19

Conclusie 21

Referenties 22

BIJLAGE I Registratieformulier 25

BIJLAGE II Vragenlijst huisartsen 26

BIJLAGE III Protocol Ethisch Comité 29

BIJLAGE IV Goedkeuring Ethisch Comité 43

Inleiding

Tijdens de eerste wachten als huisarts in opleiding, viel het op hoe weinig informatie er soms ter beschikking staat van de huisarts van wacht. Indien het eigen patiënten betreft is er geen probleem. Vaak weet de huisarts waar hij op moet letten zonder het medisch dossier te raadplegen. Indien nodig valt hij terug op medisch dossier (papier of elektronisch) tijdens of voor de consultatie of het huisbezoek.

Indien de patiënt echter niet gekend is door de arts van wacht, moet de arts terugvallen op de informatie die beschikbaar is. Komt de patiënt op consultatie, dan kan, mits toestemming van de patiënt, het SumEHR geraadpleegd worden, indien deze aangemaakt is. Ook uit brieven van het ziekenhuis kan heel wat informatie gehaald worden.

Is de patiënt niet in staat om tot bij de arts van wacht te komen, wordt er een huisbezoek afgelegd. De arts kan dan niet terugvallen op bijvoorbeeld informatie uit het SumEHR, tenzij hij met laptop of notebook werkt op huisbezoek. Een papieren thuisdossier is dan een goed alternatief. Echter bij slechts weinig mensen was dit aanwezig. Het zijn ook vaak deze patiënten, die niet meer in staat zijn om tot bij de arts van wacht te komen, die het meeste nood hebben aan een thuisdossier. Denk maar aan patiënten met verschillende chronische ziekten of een uitgebreide medicatielijst.

Indien er een verwijsbrief moet geschreven worden en de arts van wacht beschikt niet over de nodige achtergrondinformatie kan dit een oorzaak zijn van ongepaste zorg. (1) In een studie in Noorwegen in 2002 zagen ze dat gebrekkige informatie een veel voorkomend probleem is bij aankomst op spoed en dat dit geassocieerd is met een langer verblijf op spoed. (2) Een langer verblijf op spoed kan dan weer leiden tot overbevolking op spoed, wat dan weer geassocieerd is met een verminderde kwaliteit van zorg. (3) Gebrekkige informatie op spoed zou waarschijnlijk ook zorgen voor een stijging van de directe kosten van de patiënt omwille van de nood om testen te herhalen. (4)

Een ander mogelijk probleem is bijvoorbeeld onvolledige of foute medicatielijsten. Het is bewezen dat een correct overzicht van de gebruikte medicatie ten tijde van ziekenhuisopname een belangrijk element is van het veilige gebruik van medicatie. (5) Ondanks het belang ervan, zijn fouten verontrustend veel voorkomend en mogelijks schadelijk voor de patiënt.

In een prospectieve cohortstudie in de ambulante zorg in Boston werd er gekeken naar bijwerkingen van medicatie in de periode van september 1999 tot maart 2000. Van de 20 bijwerkingen die te voorkomen waren, waren er 9 door de foute keuze van medicijn en 2 door een verkeerde dosis. (6) Indien allergieën of intoleranties niet vermeld zijn, kan men dus ongepaste medicatie voorschrijven.

De kans op bijwerkingen stijgt ook met het aantal geneesmiddelen dat een patiënt inneemt. (6) Een belangrijk gegeven gezien de doelgroep van deze masterproef onder andere polyfarmacie patiënten zijn die op huisbezoek gezien worden.

Indien er geen thuisdossier of andere informatie voorhanden is, kan men anamnestisch te werk gaan en bijvoorbeeld navragen welke medicatie de patiënt neemt. In een studie in een Deens universitair ziekenhuis werden 500 patiënten bevraagd over hun recent medicatie gebruik en werd dit gecontroleerd aan de hand van bloedstalen. Als resultaat werd gevonden dat tot 93% van de patiënten hun recent medicatie gebruik correct had vermeld, maar dat dit waarschijnlijk het best mogelijke resultaat was. (7) Zo werden de patiënten uitvoerig bevraagd en werden ook acuut zieke patiënten en patiënten met dementie geweerd uit de studie. Laat het net deze laatste groep patiënten zijn met een zekere vorm van dementie waar een huisbezoek vaak nodig is.

Zo kan het dus gebeuren dat de arts van wacht een beslissing moet maken zonder de noodzakelijke achtergrondinformatie. Continuïteit van zorg is een van de indicatoren van kwaliteit van huisartsgeneeskunde en net hier loopt het mis. (8)

Dr. Plancke Lies beschreef in haar masterproef voor huisartsen-in-opleiding de stand van zaken in verband met thuisdossiers voor de wachtarts. Haar conclusie was duidelijk: Artsen vinden de aanwezigheid van een thuisdossier tijdens de wachtdienst nuttig, maar er was een grote discrepantie tussen het nut dat ervaren wordt van het thuisdossier en het aantal artsen dat actief aan een thuisdossier voor hun eigen patiënten werken. (9)

Door het ervaren gebrek aan thuisdossiers in onze wachtkring Lebbeke-Denderbelle en de conclusie van dr. Plancke, trachten we dit te verbeteren in de wachtkring. Dit door de artsen van de kring aan te sporen thuisdossiers aan te maken, om zo de informatie van huisarts naar wachtarts te verbeteren, de continuiteit van zorg te verzekeren en op deze manier de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te verhogen.

Oriënterend literatuuronderzoek

Hoe de essentiële informatie van het GMD overdragen van huisarts naar wachtarts?

Voor de indiening van het onderwerp van deze masterproef, werd er eerst gekeken naar masterproeven die handelden over ‘thuisdossiers’ via de databank van het ICHO. Dit om te kijken wat er al onderzocht was over het onderwerp en waar eventueel op verder kon gewerkt worden. Nadien werd er via Pubmed artikels in de literatuur gezocht met als MESH-termen ‘continuity of patient care’, ‘general practitioners’, ‘primary health care’ en aangvuld met ‘out of hours’ en ‘after hours’.

Vervolgens werd voor de discussie informatie opgezocht over enquêtes op Google Scholar en Pubmed met als termen ‘general practitioners’, ‘survey’ en ‘response rate’.

Informatie over Ehealth in België, het SumEHR en de verschillende premies in de zorgsector werd opgezocht op de websites van het RIZIV, het Agentschap Zorg en Gezondheid en het Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België. Masterproeven die onderzoek deden naar het gebruik van het SumEHR werden opgezocht via de databank van het ICHO.

Onderzoeksmethodiek

Na het literatuuronderzoek werd er eerst door middel van een LOK (Lokale Kwaliteitsgroep) uitleg gegeven over de masterproef aan de huisartsen van de wachtkring Lebbeke-Denderbelle. Een LOK is een groep van collega's, artsen of apothekers-biologen, die hun medische praktijkvoering delen en kritisch beoordelen (peer review) om de zorgkwaliteit te verbeteren. (10) Wat houdt een masterproef precies in tijdens de master-na-master huisartsgeneeskunde? Wat is het onderwerp? Hoe zijn we tot dit onderwerp gekomen? Wat is er al gekend in de literatuur? Wat is het uiteindelijke doel en hoe willen we dit bereiken? Wat is de meerwaarde voor de patiënt, voor de huisarts? Naast de presentatie, was er ook tijd voor verduidelijkingen en eventuele vragen.

Vervolgens vond een eerste registratiemoment plaats. Alle artsen die de wachtdienst verzorgen in de wachtkring Lebbeke-Denderbelle, werden gevraagd om tijdens de weekendwacht actief na te vragen of er iets van thuisdossier aanwezig was, gedurende 2 maanden, gaande van helemaal niets, een medicatielijst, een labo uitslag, een brief van het ziekenhuis tot een thuisdossier gemaakt door de huisarts en dit zo te registreren via een opgesteld formulier.

Nadien werden de artsen aangespoord om thuisdossiers aan te maken, in de eerste plaats bij hun chronische patiënten die ze op huisbezoek zien, maar ook andere patiënten waarvoor zij het nodig achten dat er een thuisdossier aanwezig is. Hiervoor werden rode bestekmapjes aangekocht en verspreid onder de leden van de wachtkring.

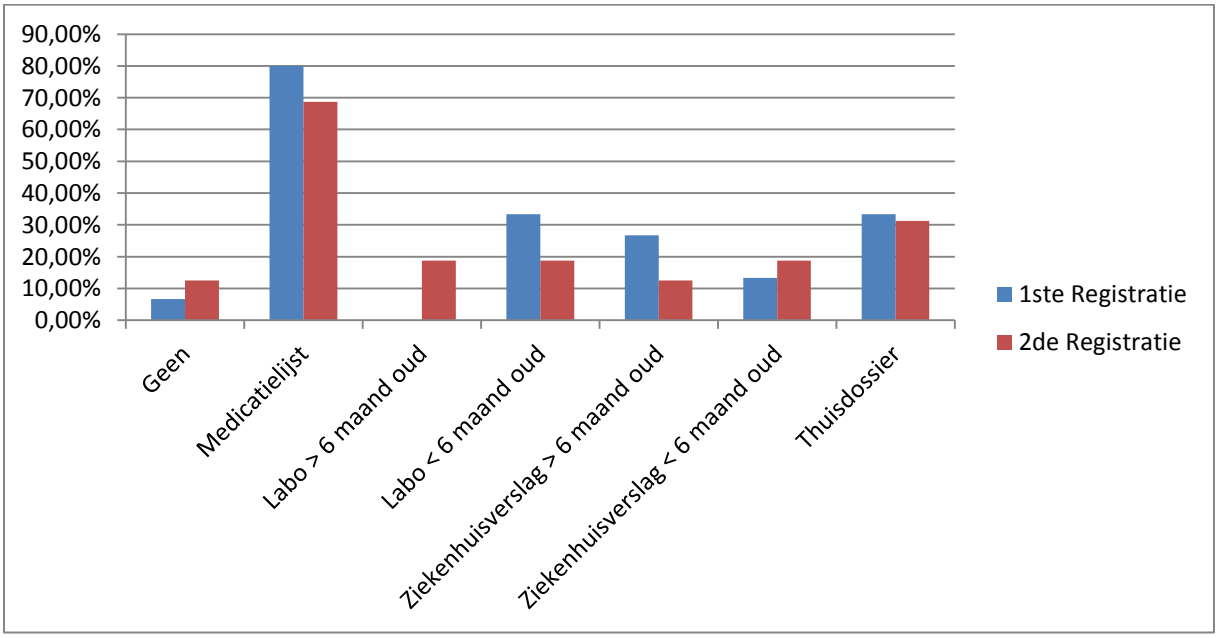
Vervolgens vond een tweede registratiemoment plaats volgens hetzelfde principe gedurende 2 maanden om na te gaan of er een toename merkbaar was in het aantal thuisdossiers.

Ten slotte werden de huisartsen bevraagd via een vragenlijst over het gebruik van thuisdossiers, gaande van het zelf aanmaken van thuisdossiers voor eigen patiënten tot het gebruik ervan tijdens de wachtdienst. Ook welke informatie er in een thuisdossier moet staan en het gebruik van SumEHR als alternatief werd nagevraagd.

Resultaten

1ste en 2de registratiemoment

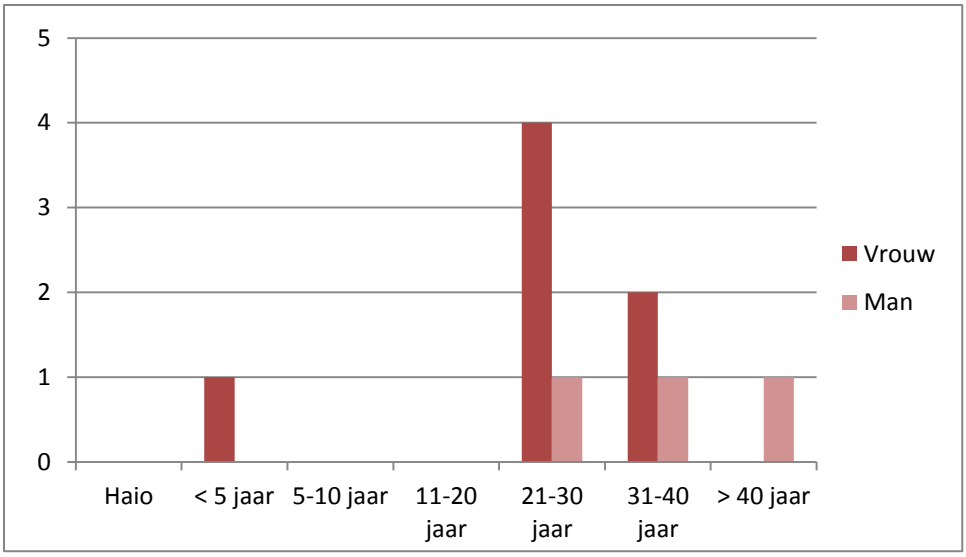
Tijdens de eerste en tweede registratie werden er respectievelijk 15 en 16 formulieren ingevuld door de dienstdoende wachtartsen tijdens het weekend gedurende telkens 2 maanden. Echt uitgesproken verschillen zijn er niet tussen de 2 registratiemomenten. In het algemeen zijn de resultaten zelf iets beter voor de eerste registratie dan voor de tweede. Wat nog op opvalt is dat er bij beide registratiemomenten vaak medicatielijsten aanwezig waren, met 80% bij het eerste registratiemoment en 69% bij het tweede. Bij iets meer dan 30% vinden we een thuisdossier terug, maar er is geen stijging te zien tijdens het tweede registratiemoment. Het aantal keer dat er echter helemaal niets van informatie ter beschikking was, blijft zeer beperkt.



Figuur 1 Resultaat eerste en tweede registratiemoment

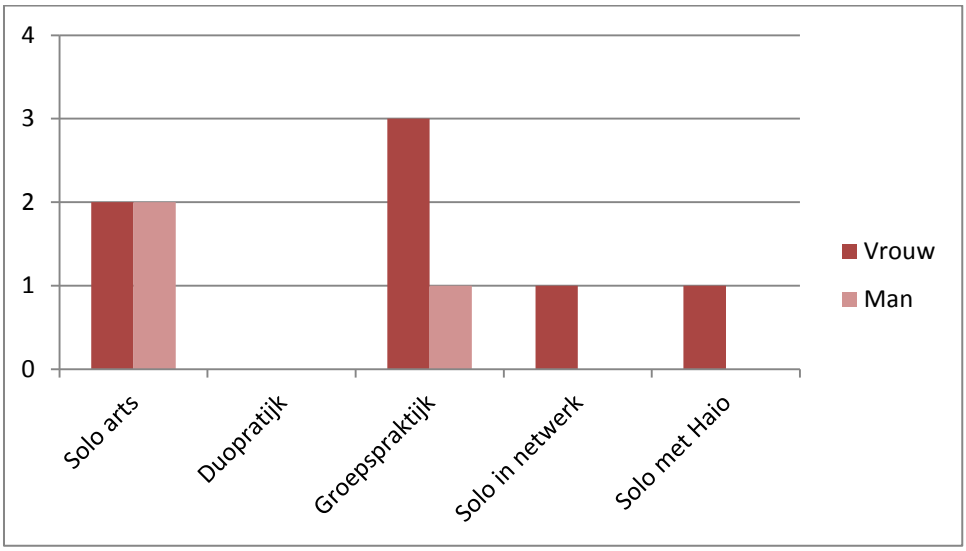
Studiepopulatie

Van de 10 huisartsen die de vragenlijst invulden waren er 7 vrouwelijk en 3 mannelijk. De grootste groep is tussen de 21 en 30 jaar werkzaam als huisarts, gevolgd door de groep die 31 tot 40 jaar werkzaam is.



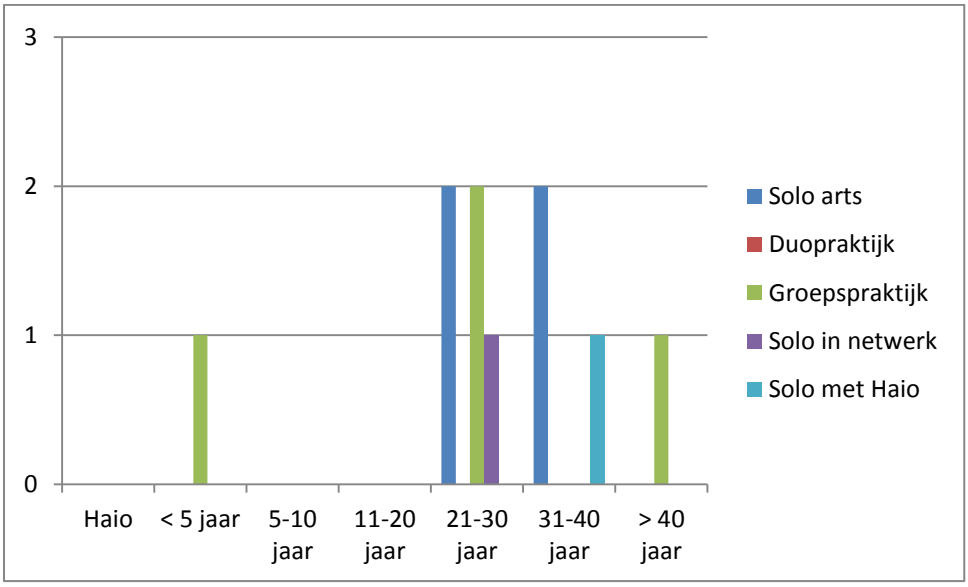
Figuur 2 Verdeling volgens geslacht en leeftijd

Voorts zijn er evenveel artsen werkzaam als solo arts dan artsen werkzaam in een groepspraktijk (telkens 4). De mannelijke solo arts is hier nog net iets beter vertegenwoordigd ten opzichte van zijn mannelijke collega in een groepspraktijk. Bij de vrouwelijke artsen hebben er zich al een aantal georganiseerd in een groepspraktijk (3 van de 7). De andere werken nog solo (2) of solo maar dan met haio of in een netwerk (beide 1).



Figuur 3 Verdeling volgens geslacht over de verschillende praktijkvormen

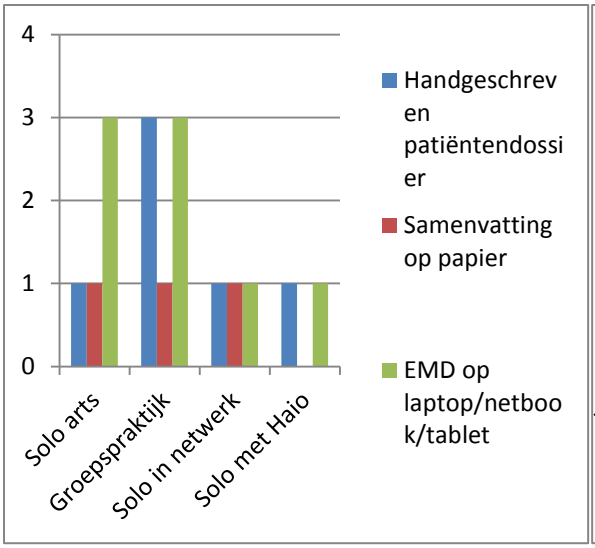
In deze grafiek valt opnieuw op dat van de artsen die de vragenlijst invulden 9 op de 10 minimum 21 jaar werkzaam zijn als huisarts, maar dat ze dit wel in bijna alle mogelijke praktijkvormen doen. Enkel duopraktijken zijn niet vertegenwoordigd.



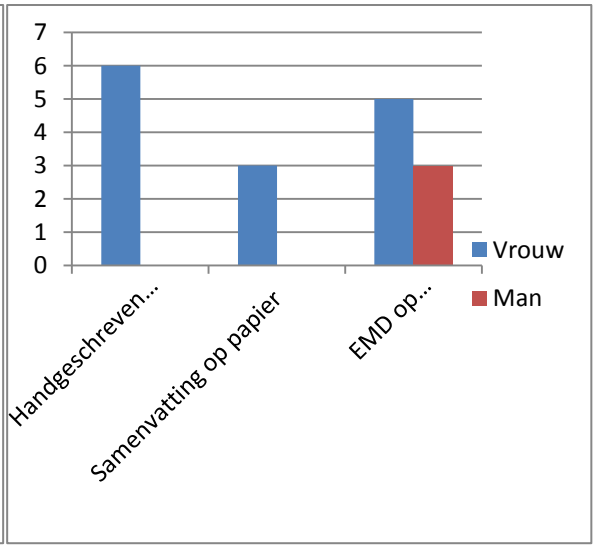
Figuur 4 Verdeling volgens aantal jaren actief als huisarts over de verschillende praktijkvormen

Dossierkeuze huisbezoeken

Van de 10 huisartsen zijn er ondertussen al 8 die bij huisbezoeken gebruik maken van het EMD. Daarnaast blijft het handgeschreven patiëntendossier toch ook nog vaak in gebruik, dit bij 6 van de 10 artsen. Al wordt er ook beroep gedaan op een samenvatting van het EMD op papier (3 op 10). In deze enquête viel het op dat alle mannelijke huisartsen enkel nog werken met het EMD op huisbezoeken. Verder valt het op dat zowel solo artsen als artsen werkzaam in een groepspraktijk vertrouwd zijn met het gebruik van het EMD op laptop/tablet/notebook.



Figuur 5 Verdeling dossierkeuze op huisbezoek volgens praktijkvorm



Figuur 6 Verdeling dossierkeuze op huisbezoek volgens geslacht

Thuisdossiers

Voor wie?

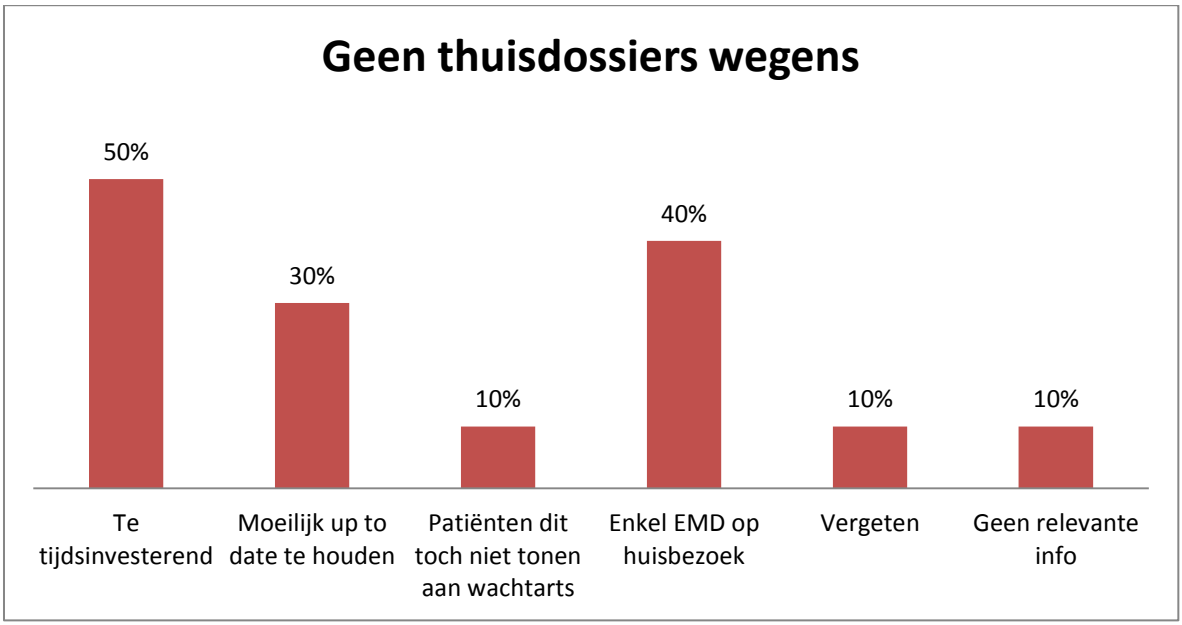
Van de 10 huisartsen werken er 7 actief aan een thuisdossier voor hun patiënten in zekere mate. Daar staat dan wel tegenover dat 9 van de 10 huisartsen gebruik maken van thuisdossiers tijdens de wachtdienst. Vooral bij patiënten in een woonzorgcentrum en bij chronische patiënten die enkel op huisbezoek gezien worden, wordt er een thuisdossier voorzien (beide 6 op 10). Ook bij patiënten die geen chronische ziekten hebben, maar wel enkel op huisbezoek gezien worden, wordt er door 4 op de 10 huisartsen een thuisdossier opgemaakt. Bij 2 van de 10 huisartsen krijgen zelf alle chronische patiënten een thuisdossier, of ze nu thuis of op consultatie gezien worden. Bij 2 andere huisartsen zijn het enkel de bejaarde chronische patiënten waar een thuisdossier wordt voorzien.

Inhoud

Waaruit bestaat dan een thuisdossier voor de huisarts? Bij telkens 7 op de 10 huisartsen is er minimum een ziekenhuisverslag, een labo uitslag of een medicatielijst aanwezig. Voor 30% van de artsen gaat het zelf om alle voorgaande, aangevuld met een samenvatting uit het elektronisch dossier. Voor 1 huisarts bestaat het thuisdossier ook uit een combinatie van een samenvatting, een ziekenhuisverslag, een labo uitslag en/of een medicatielijst en is deze combinatie afhankelijk van de patiënt. Een andere huisarts noteert ook steeds de bevindingen van de vorige huisbezoeken in het thuisdossier.

Geen thuisdossier?

Van de 10 huisartsen zeiden er 5 dat thuisdossiers te veel tijd vragen om aan te maken (50%), gevolgd door 40% die enkel het EMD gebruiken op huisbezoek en dus niets op papier achterlaten bij de patiënt. Moeilijk up to date houden van het thuisdossier was de derde meest genoemde reden om geen thuisdossier te maken met 30%. Het vermoeden dat patiënten dit toch niet tonen aan de wachtdoende huisarts en een thuisdossier dus nutteloos is, het vergeten maken van een thuisdossier en geen relevante info om een thuisdossier te maken werden ook telkens éénmaal als reden opgegeven.



Figuur 7 Waarom geen thuisdossier?

Gebruik tijdens wachtdienst

Zoals hierboven al aangegeven kijken 9 van de 10 artsen de thuisdossers in tijdens de wachtdienst. Van deze 9 artsen is er 1 iemand die patiënt per patiënt bekijkt of het nodig is om het thuisdossier in te kijken. Van de overige 8 artsen zijn er 3 die bij alle patiënten het thuisdossier inkijken. Alle 5 andere raadplegen ook het thuisdossier bij patiënten in een woonzorgcentum en bij de bejaarde chronische patiënten, wat dus maakt dat alle 8 huisartsen bij deze patiënten zeker gebruik van het aanwezige dossier bij de patiënten. Bij chronische patiënten in het algemeen en palliatieve patiënten wordt het thuisdossier nog maar door 6 van de 8 artsen bij de hand genomen. Bij patiënten met polyfarmacie wordt het thuisdossier nog door 5 van de 8 artsen gebruikt.

Nuttige informatie

Alle 10 artsen die de vragenlijst vervolledigen gaven aan dat ze ooit al tijdens de wachtdienst op huisbezoek een gebrek hadden aan medische informatie. Wat vinden zij nu belangrijke informatie die zeker aanwezig moet zijn in het thuisdossier?

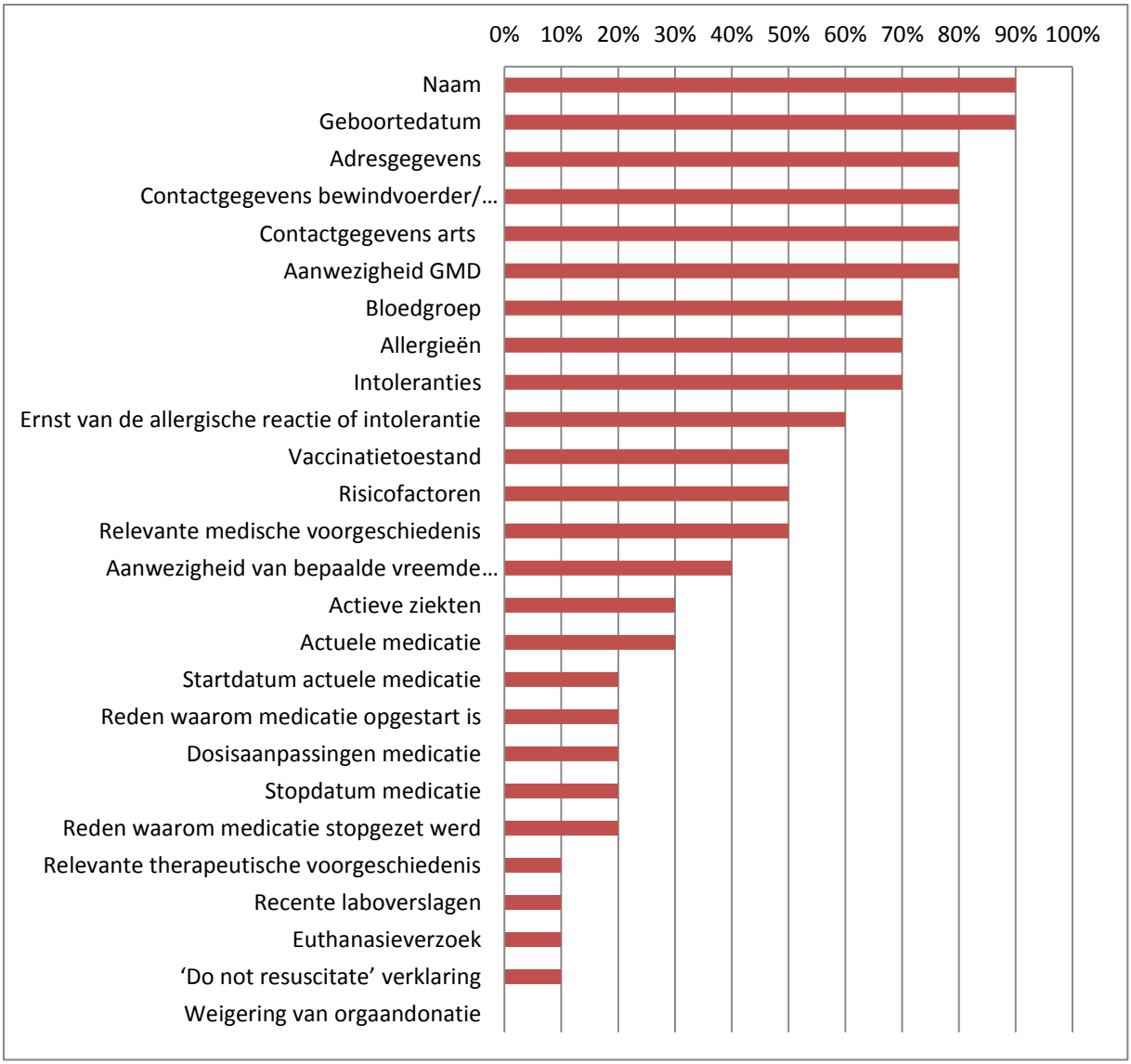
Algemene gegevens zoals naam en geboortedatum vonden 7 van de 10 artsen (70%) nuttig in het thuisdossier. Ook de contactgegevens van de arts wordt als belangrijk beschouwd met 60%. Minder belangrijk geacht zijn adresgegevens en contactgegevens van de bewindvoerder of de vertrouwenspersoon met telkens 20 %.

Qua algemene medische gegevens springen allergieën en intoleranties in het oog met 8 van de 10 artsen die deze beiden aangeven als belangrijk. Ook risicofactoren worden door de helft van de artsen als belangrijk aangeduid, gevolgd door de ernst van allergieën en intoleranties (40%). Bloedgroep en vaccinatietoestand zijn voor de meeste artsen overbodige gegevens, want slechts 2 van de 10 huisartsen (20%) vonden deze gegevens belangrijk.

Relevante medische voorgeschiedenis werd door maar liefst 9 van de 10 artsen als nuttig bestempeld, kort gevolgd door actieve ziekten (80%) en aanwezigheid van vreemde voorwerpen in het lichaam (zoals bijvoorbeeld een pacemaker) (70%).

Ook de actuele medicatie staat bovenaan met 90% van de huisartsen die het een belangrijk gegeven vonden van een thuisdossier. Dit zagen we eigenlijk ook al terugkomen bij de eerste en tweede meting, waar bij de meeste patiënten medicatielijstjes aanwezig waren. Alle andere informatie met betrekking tot de medicatie werd als minder belangrijk beschouwd, zoals startdatum van de actuele medicatie en dosisaanpassing, wat maar voor 3 van de 10 huisartsen relevant was. Nog minder nuttig was de reden waarom medicatie gestart werd (20%) , de stopdatum van medicatie en de reden waarom medicatie gestopt werd (beide 10%).

Ook recente labo uitslagen vinden 8 op de 10 artsen handig in het thuisdossier. Een ‘do not resuscitate’ veklaring is belangrijk voor de helft van de artsen, waar dit bij een euthanasieverklaring nog maar voor 1 van de 10 artsen is.



Figuur 8 Welke informatie is belangrijk?

SumEHR

De bevraging over het SumEHR, als alternatief voor het papieren thuisdossier, leverde uiteenlopende resultaten op. Een nipte meerderheid stond positief ten opzichte van het gebruik van SumEHR (6 van de 10). De overige 4 artsen waren eerder negatief. Nog te weinig ervaring, niet up-to-date en te weinig informatie werden als reden opgegeven.

Discussie

Er waren geen grote verschillen merkbaar tussen de twee registratiemomenten. Het tweede registratiemoment kon dus geen toename aantonen van het aantal thuisdossiers. Qua studiepopulatie viel op dat 9 van de 10 huisartsen al minstens 21 jaar werkzaam was als huisarts. Bij 8 van deze 10 huisartsen was het EMD al goed ingeburgerd tijdens huisbezoeken. Thuisdossiers werden door 7 van de 10 artsen aangemaakt voor een deel van hun patiënten. Echter 9 op de 10 maakt gebruik van thuisdossiers tijdens de wachtdienst. Te tijdsinvesterend om thuisdossiers aan te maken werd als belangrijkste reden gegeven om geen thuisdossier aan te maken met 50%. Algemene gegevens zoals naam en geboortedatum waren voor de meeste artsen het belangrijkste in een thuisdossier, gevolgd door medische gegevens zoals bloedgroep, allergieën en intoleranties. Van de 10 huisartsen waren er 6 die positief stonden ten opzichte van het SumEHR.

Respons registratieformulier

Het onderzoek begon met twee registratiemomenten, met daartussen een aansporing aan het adres van de huisartsen om het percentage thuisdossiers te verhogen daar waar het nuttig kan zijn voor de wachtarts. De hoeveelheid teruggekregen registratieformulieren is toch teleurstellend met 15 formulieren tijdens het eerste moment en 16 tijdens het tweede. Alle patiënten die gezien worden tijdens het weekend worden geregistreerd in het wachtboek. Zo komen we voor de wachtkring Lebbeke-Denderbelle op gemiddeld 1500 oproepen per jaar. Ongeveer een derde hiervan zijn huisbezoeken. Gerekend aan 9 weekends waarop er geregistreerd werd, komen we op gemiddeld 270 oproepen, waarvan dan ongeveer 90 huisbezoeken zouden zijn.

Natuurlijk kwamen niet alle patiënten op huisbezoek in aanmerking voor het onderzoek. Vaak worden er ook bijvoorbeeld kinderen gezien op huisbezoek of gaat de dokter van wacht ’s nachts al eens vaker naar de patiënt ook al kan deze zich eigenlijk wel verplaatsen. Echter een groot deel van de huisbezoeken zijn toch bij patiënten die zich niet meer kunnen verplaatsen, de chronische patiënt, de bejaarde patiënt,… Patiënten die dus zeker in aanmerking kwamen voor het onderzoek en waarbij een registratieformulier had kunnen ingevuld worden.

Om dit nog op een andere manier duidelijk te maken, werd er gekeken naar hoeveel registratieformulieren er per arts werden ingediend. Liefst 18 van de in totaal 31 formulieren waren ofwel door mijn praktijkopleider ofwel door mijzelf ingevuld. Terwijl we niet meer of minder van

wacht zijn dan andere huisartsen van de wachtkring en er ten tijde van de registratiemomenten 16 artsen wachtdienst deden, mijzelf incluis.

Met 15 op 90 (16.7%) en 16 op 90 (17.8%) valt de respons dus redelijk laag uit, wat het moeilijk maakt om duidelijke verschillen vast te stellen tussen het eerste en tweede registratiemoment.

Als reden hiervoor zal motivatie zeker een rol spelen, gelet op het aantal formulieren die door de PO en mijzelf werden ingevuld. Tijdens de LOK werd wel de nadruk gelegd op de mogelijke winst voor de patiënt, de huisarts zelf en de maatschappij. Echter als enige 2 artsen zijn wij rechtstreeks betrokken bij het onderzoek. Alle andere zijn feitelijk buitenstaanders en dan is het vooral rekenen op hun 'goodwill' om mee te werken.

Tijd zou een andere reden kunnen zijn, al werden de formulieren steeds op voorhand geprint en afgegeven en het invullen op zich neemt niet veel tijd in beslag. Tijdens een wachtdienst kan het wel eens druk zijn, maar meestal is er wel wat ruimte om een formulier in te vullen.

Af en toe zal het ook simpelweg vergeten zijn, ook al werden er elke vrijdag e-mails gestuurd naar de huisartsen die dat weekend van wacht waren ter herinnering.

Voor sommige huisartsen was het misschien niet duideijk wat er van hen verwacht werd. De meeste van hen zijn niet vertrouwd met een praktijk(hier wachtkring)verbeterend project/masterproef. Dit werd wel uitgelegd tijdens de LOK, alsook hoe de registratie moest gebeuren. In elke herinneringsmail stond ook nog eens beschreven wat er precies verwacht werd. Het viel echter op dat de overige registratieformulieren afkomstig zijn van artsen die wel aanwezig waren op de LOK. Hierdoor lijkt het alsof de opdracht niet duidelijk was voor de artsen die afwezig waren.

Respons enquête

De respons op de enquête was wel eerder positief te noemen met 10 van de 15 (66.7%) aangeschreven artsen, die de enquête ingevuld terugstuurden.

De enquête werd verstuurd via e-mail waarbij de artsen 10 dagen hadden om ze terug te bezorgen. Een herinneringsmail werd nog eens verstuurd op vrijdag, 2 dagen voor het afsluiten van de enquête. Nadien zijn er nog een aantal enquêtes teruggestuurd. Uit onderzoek is gebleken dat het sturen van de enquête op een vrijdag een positief effect heeft op het antwoordpercentage. (11) Ook de lengte van de enquête speelt een rol. Alle enquêtes die minder dan 1000 woorden bevatten, hebben een gemiddeld antwoordpercentage van 59.4%. Dit ten opzichte van enquêtes die meer dan 1000

woorden bevatten met een gemiddeld antwoordpercentage van slechts 38.0%. (12) Deze enquête bevatte nog geen 700 woorden, waardoor het invullen ook niet veel tijd vroeg.

Het antwoordpercentage is op zich niet slecht voor een enquête, maar het betreft wel een kleine groep die bevraagd werd. Doordat er 5 van de 15 huisartsen de enquête niet invulden, zou er een vertekend beeld kunnen ontstaan. Het onderwerp, de lengte en de kwaliteit van het onderzoek zijn de voornaamste redenen om een enquête al dan niet in te vullen. (13) Huisartsen die een enquête niet invullen gaven aan dat dit in 44% van de gevallen was omwille van de praktijkdrukte, het feit dat ze nooit vragenlijsten invullen of ze te veel vragenlijsten ontvangen. (14) Bij nog eens 34% was dit omwille van het verloren gaan van de enquête tussen al het andere papierwerk.

Ook al gaan de hierboven vermelde resultaten over een onderzoek bij huisartsen in de jaren ’90 in Groot-Brittannië over enquêtes die met de post toekwamen, toch kunnen we deze resultaten doortrekken naar de situatie hier en nu. In plaats van brieven, is het nu de overvloed aan e-mails geworden, die verloren gaan in het postvak. Toen zagen 48% van de huisartsen meer dan 150 patiënten per week en 87% zag er meer dan 100. Het gemiddeld aantal werkuren lag toen voor de jaren 1992-93 op 43.5 per week. In een artikel verschenen in 2016 dat handelde over de werkbelasting van huisartsen, duurde de gemiddelde werkweek voor een belgische huisarts 51.1 uren, wat tot het hoogste aantal uren in Europa behoorde. (15)

Het antwoordpercentage had eventueel nog hoger kunnen liggen door de enquête op verschillende manieren te laten afnemen. (16) Bijvoorbeeld een mail combineren met een enquête op papier of telefonische afname van de enquête in combinatie met e-mail. Een financiële vergoeding zou het percentage bij huisartsen ook verhogen, maar is in deze context niet mogelijk. (17)

Tijd als factor

Zoals hierboven al beschreven is tijd een belangrijke factor bij huisartsen. Dit komt ook naar voor bij het aanmaken en het onderhouden van thuisdossiers. In het onderzoek van dr. Plancke vond 96% van de ondervraagde huisartsen het hebben van een thuisdossier tijden de wachtdienst een meerwaarde. (9) Vergelijkbaar met dit onderzoek waar 90% van de artsen gebruikt maakt van thuisdossiers tijdens de wachtdienst om informatie in te winnen. Echter, ondanks het voordeel ervaren door de wachtdoende huisarts, maakt er ‘maar’ 70% van de huisartsen actief thuisdossiers aan voor (een deel van) hun eigen patiënten.

In feite is 70% een mooi cijfer, zeker in vergelijking met het onderzoek van dr. Plancke waar er maar 44% van de artsen actief werkten aan een thuisdossier. (9) Toch is er ook hier een duidelijke discrepantie tussen het gebruiken van thuisdossiers tijdens de wachtdienst en het zelf actief aanmaken.

Dat het ook maar over een deel van hun patiënten gaat, is ook duidelijk bij de registratiemomenten. Vaak is er altijd wel iets van informatie te vinden zoals een medicatielijst of ziekenhuisverslag, maar als het gaat over een thuisdossier is dit maar bij iets meer dan 30% terug te vinden. De huisartsen geven dit echter zelf ook aan dat ze niet bij alle patiënten een thuisdossier voorzien. Denk maar aan een chronische patiënt die bij zijn eigen huisarts om de hoek altijd nog op consultatie komt, maar tijdens de wachtdienst moeilijk tot bij de wachtarts geraakt. Niet alle artsen maken thuisdossiers aan voor chronische patiënten die op consultatie komen.

Als we kijken naar de redenen waarom sommige patiënten geen thuisdossier hebben, dan is voor 50% van de huisartsen tijd de belangrijkste factor. Zoals hierboven al aangehaald werken Belgische huisartsen het hardst van Europa met 51.1 uren gemiddeld per week , met nog eens gemiddeld 6 uur wachtdienst per week extra. (15) Het aanmaken van thuisdossiers kan dan gezien worden als te tijdsinvesterend. Artsen worden momenteel ook niet vergoed voor het aanleggen van thuisdossiers, zoals dit wel het geval is voor het beheer van het Globaal Medisch Dossier (GMD). (18) De tijd die huisartsen hier dus aan besteden, wordt niet vergoed. Bij een financiële tegemoetkoming zouden misschien meer huisartsen gemotiveerd zijn om wel thuisdossiers aan te maken.

Ook gaven 30% van de huisartsen aan dat sommige van de patiënten geen thuisdossier hebben omdat het moeilijk up-to-date te houden is. Net zoals het EMD, is het thuisdossier continu in verandering. Het EMD is echter makkelijk aan te passen, zonder dat het overzicht verloren gaat. Bij een papieren thuisdossier verandert de medische informatie natuurlijk ook af en toe, zoals het stoppen of starten van medicatie, een nieuwe labo uitslag of nieuwe chronische ziekte. Er kan dan te veel informatie zijn die nutteloos is, het overzicht kan verloren gaan of het is niet duidelijk meer. Niet enkel het aanmaken van thuisdossiers kost dus tijd, maar ook het up-to-date houden en waarschijnlijk zelf meer dan het aanmaken ervan.

Administratieve hulp

Vraag is of deze grotendeels administratieve taak niet kan worden doorgeschoven naar iemand anders dan de huisarts. Vanuit de overheid bestaat er al een financiële tegemoetkoming voor het onthaal of een administratieve bediende. Het vroegere zogenaamde Impulseo 2 dekt een deel van de

loonkosten van de werknemer die de individuele huisarts of de huisartsgroepering bijstaat in het onthaal en praktijkbeheer. (19) De helft van de werkelijke globale loonkost wordt terugbetaald, met een maximum van 6312.18 euro. (20) Deze bediende kan allerlei taken toevertrouwd krijgen en zo bijvoorbeeld ook het aanmaken en onderhouden van thuisdossiers. Uiteraard maken niet alle huisartsen gebruik van deze tegemoetkoming om een administratief medewerker aan te trekken wegens bijvoorbeeld nog altijd te duur, geen plaats voor of ze maken gebruik van een telefoonsecretariaat. Bijgevolg kunnen ze deze en andere administratieve taken niet doorschuiven. Een oplossing zou kunnen zijn om dit via de overkoepelende huisartsenwachtkring te regelen, waarbij een administratief bediende elke solo arts of groepspraktijk van de kring ondersteunt in het aanmaken en onderhouden van thuisdossiers.

Echter volgens de nieuwe Europese regelgeving 'GDPR' in verband met de bescherming van persoonsgegevens die ingaat op 25 mei 2018, mag hetgeen hierboven beschreven staat niet. De verwerking van gezondsheidsgegevens is toegelaten, indien deze verwerkt worden door een beroepsgroep die onder het beroepsgeheim valt en zorgverlening als verwerkingsdoel heeft, zoals bijvoorbeeld een huisarts. (21) Voor een administratief medewerker van een praktijk of huisartsenwachtkring geldt dit niet en moet bijgevolg met een toegangsbeperking van de gezondheidsgegevens worden gewerkt.

EHealth

Naast te tijdsinvesterend en het moeilijk up to date houden van thuisdossiers, was er nog een andere reden waarom er soms geen thuisdossier te vinden is. Namelijk dat 40% van de huisartsen enkel nog met het EMD werkt op huisbezoek. Zoals hierboven ook al aangehaald werd is, het bijhouden van een papieren dossier na een tijdje vaak niet meer overzichtelijk. Denk maar alleen al aan verschillende handschriften of de grote hoeveelheid papieren na een tijdje. Het EMD biedt een oplossing voor al deze problemen, of er nu met een laptop of tablet wordt gewerkt. Het kan overzichtelijk en leesbaar gehouden worden, verschillende huisartsen kunnen er aan werken en alle informatie blijft bewaard en is altijd beschikbaar. Het is ook logisch dat anno 2018 huisartsen meer en meer elektronisch werken. Ze worden hiertoe gestimuleerd, maar ook deels verplicht door de overheid, dat een eigen platform ontwikkeld heeft.

Het eHealth-platform is een Belgische overheidsinstantie binnen de FOD Volksgezondheid, die een elektronisch platform biedt waar alle betrokkenen in de volksgezondheid (zorgverleners, instellingen, ziekenfondsen, patiënten) op een veilige en efficiënte manier informatie, inclusief persoonsgegevens,

kunnen uitwisselen. De instelling is opgericht bij de wet van 21 augustus 2008. (22) Het eHealth-platform heeft verschillende toepassingen zoals Vitalink voor het delen van medicatieschema's, Hub-Metahub voor het delen van gegevens met ziekenhuizen, MyCareNet om de verzekerbaarheid van de patiënt te controleren en Recip-e, de elektronische voorschriftenserver.

De overheid promoot het elektronisch werken meer en meer. Zo was er de telematicapremie, een forfaitair bedrag dat het riziv jaarlijks betaalde aan huisartsen die hun globaal medische dossiers (GMD) elektronisch beheren met een aanvaard softwarepakket. (23) Alleen de softwarepakketten die de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen aanvaard heeft, komen voor de premie in aanmerking. De softwarepakketten moeten dus voldoen aan bepaalde eisen. Ondertussen is de telematicapremie opgegaan in de geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde, net als de SumEHR-premie.

SumEHR of Summarized Electronic Health Record is een Kmehr-bericht (Kind messages for electronic healthcare record, voorgestelde Belgische standaard voor medische gegevens, om de uitwisseling van gestructureerde klinische informatie mogelijk te maken (24)), gebruikt voor de uitwisseling van medische informatie. Het bevat de minimale dataset die een arts nodig heeft om de medische toestand van de patiënt in enkele minuten te kunnen evalueren en zo continuïteit van zorg te kunnen garanderen. De SumEHR-standaard werd ingevoerd door de Belgische regering in 2005 en een EMD softwarepakket gebruikt door een (huis)arts zou in staat moeten zijn om een SumEHR-bericht voor een patiënt te exporteren. (25) De SumEHR-premie was een forfaitair bedrag dat betaald werd aan huisartsen die SumEHRs opladen en toegankelijk maken. (26) Elke huisarts die 100 SumEHRs toegankelijk maakte via het digitale platform Vitalink in 2015, had recht op deze premie.

Ondertussen is de geïntegreerde praktijkpremie in het leven geroepen. De geïntegreerde praktijkpremie is een forfaitair bedrag dat het RIZIV vanaf 2016 jaarlijks betaalt aan huisartsen om de werking van hun praktijk en het gebruik van E-diensten te ondersteunen. (27) Het omvat, naast de premie voor het gebruik van een aanvaard softwarepakket, een premie die stijgt naarmate bepaalde drempels voor een aantal paramaters van het gebruik van E-diensten behaald worden. Voorbeeld van zo een parameter is onder andere minstens 25% van de geneesmiddelenvoorschriften versturen via Recip-e of voor 20% van de patiënten waarvan het Globaal Medisch Dossier (GMD) wordt beheerd, een SumEHR toegankelijk maken via Vitalink.

Het zijn allemaal voorbeelden van het stimuleren van E-diensten door de overheid. Naast stimuleren, verplicht de overheid ook tegenwoordig het gebruik van E-diensten. Zo wordt vanaf juni 2018 het gebruik van Recip-e verplicht voor wat betreft de geneesmiddelenvoorschriften voor ambulante patiënten, opgesteld in het kabinet van de voorschrijver, tijdens een consultatie in het ziekenhuis of

in een andere sector waarin een ambulant voorschrift opgesteld wordt, zoals bv. een wachtpost. (28) De enige uitzondering hierop zijn de voorschrijvers die 62 of ouder zijn.

EHealth is een continu proces waarbij ondertussen al heel wat vooruitgang geboekt is, stap per stap. Van het handgeschreven geneesmiddelvoorschrift, naar het papieren voorschrift opgesteld op computer tot het elektronisch voorschrift via Recip-e. Binnenkort zal ook het papieren bewijs van het elektronisch voorschrift niet meer nodig zijn om geneesmiddelen af te halen en ook het mobiel voorschrijven, het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen op huisbezoek bijvoorbeeld, moet dan mogelijk worden. (28) Het moge duidelijk zijn dat alles op termijn elekronisch wordt.

SumEHR als antwoord?

Het EMD zou een oplossing kunnen zijn voor het bijhouden van thuisdossiers, zoals hierboven al aangehaald. Het is echter geen oplossing voor de wachtarts, waarvoor deze informatie niet beschikbaar is. Daarvoor bestaat er de SumEHR, Summarized Electronic Health Record, die de wachtarts dan kan raadplegen. De SumEHR is een digitale samenvatting van het EMD van de patiënt (29) en bevat het volgende:

- Uw basisgegevens: naam, geboortedatum, moedertaal, …
- De contactgegevens van een contactpersoon in noodgevallen
- Informatie over risicofactoren (allergieën, reacties op medicatie, sociale risicofactoren enz.)
- Een overzicht van de medische voorgeschiedenis (antecedenten genoemd)
- Een overzicht van actuele problemen
- Een overzicht van de medicatie
- Een overzicht van de vaccinaties

Met deze gegevens kan de wachtarts zich een beeld vormen van de patiënt. Echter, aangezien een SumEHR een samenvatting is van het EMD, moet het EMD ten eerste wel ingevuld zijn en liefst ook up-to-date zijn. Zo niet, heeft een SumEHR geen meerwaarde. Vervolgens moet de SumEHR ook toegankelijk gemaakt worden op Vitalink. Dit wordt zoals hierboven aangehaald ondertussen door het RIZIV aangemoedigd met de geïntegreerde praktijkpremie. Momenteel is er nog geen controle op de kwaliteit van (informatie van de) SumEHRs. Deze kunnen met andere woorden wel toegankelijk zijn, maar zonder noemenswaardige informatie. Een andere voorwaarde is dat de patiënt toestemming geeft om zijn gegevens te delen, maar dit is in feite enkel gunstig voor de patiënt.

Nu de SumEHRs toegankelijk zijn, kan de wachtarts deze inkijken. Zoals beschreven in de inleiding is dit in principe geen probleem op consultatie, maar op huisbezoek staat dit nog in zijn kinderschoenen. Tot op heden is een laptop nodig, al dan niet met kaartlezer, om de gegevens van de patiënt in te geven en zo het SumEHR te raadplegen. Op dit moment is dit nog niet mogelijk op een tablet met eender welk softwarepakket. Momenteel zijn er ook nog maar weinig huisartsen die met laptop op de baan gaan en hier gebruik van maken. Het is echter zo dat in april 2018 huisartsenwachtpost Vehamed, waartoe ook de kring Lebbeke-Denderbelle behoort, geopend is. De arts die op huisbezoek gaat, krijgt altijd een laptop mee met kaartlezer en via het medisch programma van de wachtpost (Mediris) is het mogelijk om het SumEHR op te vragen.

Naast alle technische vereisten om een SumEHR te kunnen raadplegen, moeten artsen vertrouwd zijn met het systeem en weten hoe ze dit moeten gebruiken. Ondanks het stimuleren vanuit de overheid, bleek toch uit de enquête dat ongeveer de helft van de artsen nog geen gebruik maakt van SumEHRs. De meeste vinden de evolutie wel postief, maar de kennis ontbreekt momenteel nog. Dit werd ook duidelijk in de masterproef van dr. Mertens Jasmijn. Zij vroeg zich af of bestaande SumEHRs ook effectief geraadpleegd werden door huisartsen, dit aan de hand van een vragenlijst afgenomen eind 2015 - begin 2016.

Uit haar onderzoek bleek dat 70% van de ondervraagden wel wisten wat een SumEHR was, maar slechts 36% gebruikte het ook effectief. (30) Slechts 10% uploadt het SumEHR systematisch, tegenover 64% dat dit nooit doet. Als belangrijkste reden hiervoor werd door de helft van de artsen geantwoord dat ze niet weten hoe ze dit moeten doen. Ondanks dat 70% een SumEHR een meerwaarde vond tijdens de wachtdienst, waren er maar 2 huisartsen van de 84 die een SumEHR hadden geraadpleegd tijdens de weekenwacht en 3 van de 84 tijdens de weekwacht. Wederom werd door ongeveer de helft van de deelnemers bevestigd dat dit door een gebrek aan kennis is om een SumEHR te raadplegen. De cijfers van het onderzoek dateren van 2015-2016, ongeveer dezelfde periode toen het aanmoedigen van het SumEHR is begonnen door de overheid. Het lijkt dan ook logisch dat er ondertussen al meer huisartsen vertrouwd zijn met SumEHR en het ook gebruiken.

SumEHR zou in de nabije toekomst een valabel alternatief kunnen zijn voor een papieren thuisdossier. Toch werd er in de enquête ook aangehaald dat een SumEHR te summier is qua inhoud. De basisgegevens worden weergeven in een SumEHR en dit vonden huisartsen ook belangrijk. Contactgegevens van een bewindvoerder of contactpersoon vonden ze minder nodig, maar is wel opgenomen in een SumEHR, indien ingevuld. Risicofactoren zoals allergieën en interolanties, medische voorgeschiedenis, actuele problemen en een overzicht van de medicatie zijn allemaal opgenomen in SumEHR en worden als een meerwaarde ervaren door de meeste huisartsen. Een

overzicht van de vaccinaties wordt ook weergeven in het SumEHR, maar wordt door slechts 20% van de artsen als belangrijk aangegeven. Daarintegen zouden artsen liever een laboverslag, aanwezigheid van vreemde voorwerpen zoals een pacemaker en een DNR verklaring (Do Not Resuscitate) terugvinden in het SumEHR, onderwerpen die momenteel niet aanwezig zijn.

Multidisciplinariteit

Een SumEHR is bedoeld voor artsen. Zowel huisartsen als specialisten kunnen er gebruik van maken. In de zorgsector zijn er echter andere disciplines die ook baat zouden hebben bij hebben raadplegen van het SumEHR. Bijvoorbeeld het raadplegen van het medicatieschema door de thuisverpleegkundige, die de medicatie moet klaarzetten voor de patiënt of een kinesist die door het raadplegen van de voorgeschiedenis of actuele ziektes weet waar hij moet opletten als hij de patiënt oefeningen laat doen. Dit werkt echter in alle richtingen. De verpleegkundige die de bloeddruk elke dag noteert in het dossier, wat de huisarts dan kan inkijken en hierdoor eventueel de medicatie aanpast.

Zorg wordt steeds meer en meer multidisciplinair, afhankelijk van de noden van de patiënt. Multidisciplinaire zorg kan dan ook niet achterblijven op gebied van eHealth. Ondertussen is de uitrol hiervan al gestart, weliswaar stap per stap. Eerst moet er een EPD zijn voor alle zorgverstrekkers, waarbij men de informatie binnen de beroepsgroep definieert, die moet opgeslagen en gedeeld worden. (31) Zo hebben thuisverpleegkundigen die hun patiëntendossiers elektronisch beheren, ondertussen ook recht op een telematicapremie. (32)

Vervolgens kunnen deze gegevens gedeeld worden, vaak eerst met de eigen beroepsgroep zoals nu het geval is met de thuisverpleegkundigen, maar later ook met andere zorggroepen. (31) Zo bestaat er al sinds eind 2016 het online mijnWGK-platform gelanceerd door het Wit-Gele Kruis. Dit platform biedt inzage in het elektronisch verpleegdossier van de patiënten die in zorg zijn bij het Wit-Gele Kruis. De arts kan bekijken welke zorgen er verleend worden aan een patiënt thuis, hij kan de laatste parameters en observaties opvolgen alsook verslagen of foto's raadplegen. (33)

Op termijn is het de bedoeling tot een multidisciplinair patiëntendossier te komen, wat in feite een applicatie is die relevante gegevens ontsluit. Het is een kijkvenster, al dan niet met schrijfrechten, dat toegang geeft tot de gepubliceerde gegevens uit de diverse EPD's van meerdere groepen van zorgverleners. (31) Zo zal een huisarts schrijfrechten hebben en zowat elk onderdeel van het dossier kunnen inkijken, maar de thuisverpleging van een patiënt enkel toegang hebben tot de informatie die hen aanbelangt.

Conclusie

Tijdens de wachtdienst komt de arts van wacht vaak bij patiënten op huisbezoek, die hem niet gekend zijn. Net bij deze patiënten is de nood aan medische achtergrondinformatie groot om de kwaliteit van zorg te kunnen verzekeren.

De continuïteit van zorg kan hier gewaarborgd worden door een papieren thuisdossier. Het nut van thuisdossiers werd al meerdere malen aangehaald en ook hier bevestigd. Toch zien we dat, ondanks de meerwaarde ervaren door huisartsen, bij een groot deel van patiënten, waar een thuisdossier nuttig kan zijn, dit ontbreekt.

Als belangrijkste reden waarom patiënten geen thuisdossier hadden, werd een gebrek aan tijd aangehaald. Het aanmaken en tegelijk ook up-to-date houden van papieren thuisdossiers vergt een inspanning en vraagt tijd van de nu al drukbezette huisarts. In tegenstelling tot het beheer van het GMD en het aanmaken van SumEHRs, staat hier geen financiële vergoeding tegenover.

Vanuit het RIZIV wordt er steeds meer ingezet op eHealth en zou het SumEHR een waardig alternatief kunnen zijn voor een papieren thuisdossier. In de nabije toekomst gaan we zelf eerder naar een multidisciplinair patiëntendossier evolueren, waarbij elke zorggroep toegang krijgt tot de informatie van de patiënt die hen aanbelangt en waar ze nood aan hebben. Vraag is hoe lang het nog zal duren eer dit systeem werkzaam is en of alle artsen mee zullen zijn met dit verhaal.

Referenties

1. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res 2007;7:133.
2. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. CMAJ 2003;169:1023–8.
3. Miro O, Antonio MT, Jimenez S, et al. Decreased health care quality associated with emergency department overcrowding. Eur J Emerg Med. 1999;6:105–7.
4. Wallace G. Information technology and telemedicine. Can Med Assoc J. 2001;165:777–9.
5. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. CMAJ 2005;173:510–5.
6. Gandhi TK, Weingart SN, Borus J, et al. Adverse drug events in ambulatory care. N Engl J Med. 2003;348:1556–1564.
7. Glintborg B, Hillestrøm PR, Olsen LH, et al. Are patients reliable when self-reporting medication use? Validation of structured drug interviews and home visits by drug analysis and prescription data in acutely hospitalized patients. J Clin Pharmacol. 2007 Nov;47(11):1440-9.
8. Agarwal G, Crooks VA. The nature of informational continuity of care in general practice. Br J Gen Pract. 2008; 58: e1-8.
9. Plancke L. Het thuisdossier voor de wachtarts: stand van zaken. 2013.
10. LOK. Internet site RIZIV, De LOK, lokale kwaliteitsgroep. 2014. Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/accreditering/Paginas/artsen-accreditering-LOK-index.aspx#.WtsDpG6FPIU. Geraadpleegd 2018 februari 17.
11. Akl EA, Gaddam S, Mustafa R, et al. The effects of tracking responses and the day of mailing on physician survey response rate: three randomized trials. PLoS One. 2011;6(2):e16942.
12. Jepson C, Asch DA, Hershey JC, et al. In a mailed physician survey, questionnaire length had a threshold effect on response rate. J Clin Epidemiol. 2005 Jan;58(1):103-5.
13. Springer MP, van Marwijk HWJ. Commentary: an opposing view from the Netherlands. BMJ 1996; 313: 734.
14. Kaner EF, Haighton CA, McAvoy BR. 'So much post, so busy with practice so, no time!': A telephone survey of general practitioners' reasons for not participating in postal questionnaire surveys. Br J Gen Pract. 1998 Mar; 48(428): 1067–1069.

15. Schäfer W, van den Berg M, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Huisarts Wet 2016;59(3):94-101.
16. Dillman DA, Phelps G, Tortora R, et al. Response rate and measurement differences in mixed-mode surveys using mail, telephone, interactive voice response (IVR) and the Internet. Social Science Research, 38 (1) (2009), pp. 1-18.
17. 15. Pit SW, Vo T, Pyakurel S. The effectiveness of recruitment strategies on general practitioner's survey response rates: a systematic review. BMC Med Res Methodol. 2014;14:76.
18. GMD. Internet site RIZIV, Globaal Medisch Dossier. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/kwaliteit/Paginas/globaal-medisch-dossier.aspx#.WtzYhW6FPIV. Geraadpleegd 2018 april 22.
19. Impulseo. Internet site Algemeen Syndicaat der Geneeskundigen van België, ondersteuning Huisartsen (vroeger Impulseo). 2018. Beschikbaar via: http://asgb.be/impulseo. Geraadpleegd 2018 april 7.
20. Tegemoetkoming onthaal- en administratief bediende voor een huisarts. Internet site Agentschap Zorg en Gezondheid. 2018. Beschikbaar via: https://www.zorg-en-gezondheid.be/een-tegemoetkoming-vragen-voor-een-onthaal-en-administratief-bediende-voor-een-huisarts. Geraadpleegd 2018 april 7.
21. Goesaert E, Philips H. Bescherming van persoonsgegevens: impact van de nieuwe Europese regelgeving 'GDPR' op uw praktijk. Huisarts Nu 2018;47:80-3.
22. EHealth. Internet site Wikipedia, eHealth-platform. 2018. Beschikbaar via: https://nl.wikipedia.org/wiki/EHealth-platform. Geraadpleegd 2018 april 8.
23. Telematicapremie. Internet site RIZIV, Telematicapremie Huisartsgeneeskunde. 2018. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/telematicapremie-huisartsgeneeskunde.aspx#.Wtt3cm6FPIU. Geraadpleegd op 2018 april 8.
24. Kmehr. Internet site Wikipedia, Kmehr. 2018. Beschikbaar via: https://nl.wikipedia.org/wiki/Kmehr. Geraadpleegd 2018 april 8.
25. SumEHR. Internet site Wikipedia, SumEHR. 2018. Beschikbaar via: https://nl.wikipedia.org/wiki/Sumehr. Geraadpleegd 2018 april 8.
26. SumEHR-premie. Internet site RIZIV, SumEHR-premie Huisartsgeneeskunde. 2016. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/Paginas/sumehr-premie-huisartsgeneeskunde.aspx#.Wsxpvy5ubIU. Geraadpleegd 2018 april 8.

27. Geïntegreerde praktijkpremie. Internet site RIZIV, Geïntegreerde praktijkpremie huisartsgeneeskunde. 2017. Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/artsen/hulp/geintegreerde-praktijk/Paginas/default.aspx#.Wsxpwy5ubIU. Geraadpleegd 2018 april 8.
28. Elektronisch voorschrift. Internet site RIZIV, Verplichting van het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift. 2017. Beschikbaar via: http://www.inami.fgov.be/nl/nieuws/Paginas/elektronisch-voorschrift-20171204.aspx#.Wsxo0S5ubIV. Geraadpleegd 2018 april 8.
29. SumEHR. Internet site Vitalink, Beknopte medische dossiers delen. 2018. Beschikbaar via: http://www.vitalink.be/beknopte-medische-dossiers-delen-sumehr. Geraadpleegd 2018 april 14.
30. Mertens J. Een kritische kijk op het sumehr. 2016
31. Delen om samen te werken. Internet site Plan egezondheid. 2018. Beschikbaar via: http://www.plan-egezondheid.be/wp-content/uploads/Actiepunt-6.pdf. Geraadpleegd 2018 april 14.
32. Telematicapremie verpleegkunde. Internet site RIZIV. 2016 Beschikbaar via: http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/verpleegkundigen/Pagina s/telematicapremie-verpleegkunde.aspx#.WtNfwi5ubIU. Geraadpleegd 2018 april 14.
33. Samenwerking CoZo en Wit-Gele Kruis. Internet site CoZo. 2017. Beschikbaar via: www.cozo.be/nl/cozo_in_de_kijker/documenten/persbericht_cozo_wgk_samenwerking. Geraadpleegd 2018 april 14.

Huisbezoek bij chronische/polyfarma/polypatho patiënt tijdens weekendwacht

Aanduiden wat van toepassing is:

(Meerdere antwoorden mogelijk)

- ○ Kerndossier/thuisdossier (up-to-date)
- ○ Ziekenhuisverslag < 6 maand oud
- ○ Ziekenhuisverslag > 6 maand oud
- ○ Labo uitslag < 6 maand oud
- ○ Labo uitslag > 6 maand oud
- ○ Medicatielijst (up-to-date)
- ○ Andere:…

Informed Consent

- Hierbij bevestig ik, ondergetekende, dat de informatie verkregen via deze vragenlijst op vrijwillige basis werd bekomen en geef ik, ondergetekende, mijn toestemming dat de informatie verkregen via deze vragenlijst op een vertrouwelijke manier mag verwerkt worden in het kader van het onderzoek in bijgevoegde informatiefolder.

Naam (vrijblijvend):

1) Geslacht
    - Man
    - Vrouw

2) U oefent het beroep van huisarts uit sinds
    - < 5 jaar
    - 5-10 jaar
    - 11-20 jaar
    - 21-30 jaar
    - 31-40 jaar
    - >40 jaar
    - HAIO

3) U werkt als
    - Solo arts
    - Duo-praktijk
    - Groepspraktijk
    - Andere:

4) Tijdens huisbezoeken maakt u gebruik van (meerdere antwoorden mogelijk)
    - Handgeschreven patiëntendossier
    - Samenvatting op papier
    - EMD op laptop/netbook/tablet
    - Andere: alle bovenstaande
    - Geen van bovenstaande

5) Werkte u vroeger actief (voor de LOK) aan een thuisdossier voor uw patiënten
    - Ja
    - Nee

6) Werkt u nu actief aan een thuisdossier voor uw patiënten
    - Ja
    - Nee
    - Andere:

7) Welke patiënten hebben een thuisdossier? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Alle patiënten
- Patiënten die ik als arts enkel op huisbezoek zie
- Patiënten in een WZC
- Alle chronische patiënten
- Enkel de bejaarde chronische patiënten
- Chronische patiënten die enkel gezien worden tijdens huisbezoeken
- Chronische patiënten die op consultatie komen
- Geen

8) Het thuisdossier/kerndossier bestaat uit (meerdere antwoorden mogelijk)
   - Een samenvatting uit het elektronische dossier
   - Een verslag van een recente hospitalisatie
   - Labo uitslag
   - Medicatielijst
   - Andere:

9) Moedigt U Uw patiënten aan om het thuisdossier te tonen aan de wachtdoende arts / specialist?
   - Ja
   - Nee

10) Indien geen thuisdossier is dit omwille van? (meerdere antwoorden mogelijk)
   - Te tijds investerend
   - Moeilijk up to date te houden
   - Privacy-en patiëntenrechten
   - Vermoeden dat patiënten dit toch niet tonen aan de wachtdoende arts
   - In de praktijk wordt enkel met een elektronisch medisch dossier gewerkt, ook bij huisbezoeken
   - Ik ervaar hier zelf als arts van wacht geen nood aan
   - Andere:

11) Maakt u gebruik van thuisdossiers tijdens een huisbezoek in het kader van de wachtdienst?
   - Ja
   - Nee

12) Bij wie maakt u gebruik van een thuisdossier bij een huisbezoek in het kader van de wachtdienst?
   - Alle patiënten
   - Patiënten in een WZC
   - Alle chronische patiënten
   - Bejaarde chronische patiënten
   - Patiënten met polyfarmacie
   - Patiënten met polypathologie
   - Palliatieve patiënten
   - Andere:

13) Wat is er voor u belangrijk in een thuisdossier?
    - Naam
    - Geboortedatum
    - Adresgegevens
    - Contactgegevens bewindvoerder/ vertrouwenspersoon
    - Contactgegevens arts
    - Aanwezigheid GMD
    - Bloedgroep
    - Allergieën
    - Intoleranties
    - Ernst van de allergische reactie of intolerantie
    - Vaccinatietoestand
    - Risicofactoren
    - Relevante medische voorgeschiedenis
    - Aanwezigheid van bepaalde vreemde voorwerpen (pacemaker, prothese…)
    - Actieve ziekten
    - Actuele medicatie
    - Startdatum actuele medicatie
    - Reden waarom medicatie opgestart is
    - Dosisaanpassingen medicatie
    - Stopdatum medicatie
    - Reden waarom medicatie stopgezet werd
    - Relevante therpeutische voorgeschiedenis
    - Recente laboverslagen
    - Euthanasieverzoek
    - 'Do not resuscitate' verklaring
    - Weigering van orgaandonatie
    - Andere: te bepalen in overleg met patient

14) Heeft u tijdens de wachtdienst op huisbezoek ooit een gebrek aan medische informatie m.b.t. een patiënt ervaren?

    - Ja
    - Nee

15) Hoe houdt/gaat u uw thuisdossiers up-to-date houden?
16) Hoe staat u t.o.v. het gebruik van SumEHRS op huisbezoek, als alternatief voor het papieren thuisdossier?
17) Opmerkingen?

Bedankt voor uw deelname.

Dr. Maarten Van Marcke (HAIO)

Prof. Dr. Dirk Avonts (Promotor)

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS

IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

Overdracht van informatie van huisarts naar wachtarts, een kwaliteitsverbeterproject.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: DIRK AVONTS…
- FUNCTIE: GASTPROFESSOR…
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN, VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE EN EERSTELIJNSGEZONDHEIDSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 36 12
- FAX: 09 332 49 67
- E-MAIL: DIRK.AVONTS@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: JAN DE MAESENEER

COPROMOTOR

- NAAM: …
- FUNCTIE: …
- UNIVERSITEIT (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: …
- TELEFOONNUMMER: …
- FAX: …
- E-MAIL: …
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER (ENKEL IN TE VULLEN INDIEN VERBONDEN AAN UNIVERSITEIT): …

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: MAARTEN VAN MARCKE
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0493 67 10 87
- E-MAIL: MAARTENVANMARCKE@HOTMAIL.COM

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: ANNE-MARIE VANDERBORGHT
- ADRES: JULES DE BUCKSTRAAT 12, LEBBEKE 9280
- TELEFOONNUMMER: 052 41 24 28
- E-MAIL: AM.VANDERBORGHT@skynet.be
- TYPE-PRAKTIJK (SOLO-DUO-GROEPSPRAKTIJK-MULTIDISCIPLINAIR CENTRUM-ZIEKENHUISDIENST): SOLO

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: …
- NAAM ONDERZOEKER: …
- DATUM GOEDKEURING: … (KOPIE TOEVOEGEN)

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: 01/03/2017 (TEN VROEGSTE NA GOEDKEURINGSDATUM)
- EINDE ONDERZOEK: 30/09/2018

7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

X VERZAMELEN VAN PATIËNTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)

X VRAGENLIJSTEN

☐ INTERVIEW

- ❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
  - ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
    - ❑ WELKE PERIODE: ….

- ❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK
  - ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
    - ❑ FASE I
    - ❑ FASE II
    - ❑ FASE III
    - ❑ FASE IV
    - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
    - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
    - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN

  - ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE**,** BLOEDAFNAME, RX,…)
    - ❑ MEDICAL DEVICE
    - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

ALS ARTS VAN WACHT ZIE JE VEEL PATIËNTEN WAARVAN JE DE VOORGESCHIEDENIS NIET KENT. TEGENWOORDIG KAN JE VAN IEDEREEN DE SUMEHR OPZOEKEN VIA E-HEALTH. INDIEN JE ECHTER BIJ DE PATIËNT OP HUISBEZOEK GAAT, IS DIT AL MINDER VANZELFSPREKEND AANGEZIEN DE MEESTE ARTSEN GEEN COMPUTER MEENEMEN. HET IS DEZE POPULATIE VAN PATIËNTEN, DIE ZICH MOEILIJK NAAR DE PRAKTIJK KUNNEN VERPLAATSEN, DIE VAAK AL EEN UITGEBREIDE VOORGESCHIEDENIS HEBBEN. OP ZO'N MOMENTEN IS EEN THUISDOSSIER OF KERNDOSSIER HET MEEST NODIG.

TOCH ZIEN WE VAAK DAT BIJ DEZE MENSEN MET POLYPATHOLOGIE ER THUIS GEEN INFORMATIE AANWEZIG IS VOOR DE WACHTARTS. NOCHTANS IS REEDS GEBLEKEN DAT ARTSEN EEN THUISDOSSIER TIJDENS DE WACHTDIENST NUTTIG VINDEN, MAAR ER DUS WEINIG ARTSEN ZELF EEN THUISDOSSIER VOORZIEN BIJ HUN PATIËNTEN. DIT HEB IK ONDERTUSSEN ZELF OOK ONDERVONDEN IN ONZE WACHTKRING.

HET DOEL VAN DIT PROJECT IS NU OM VIA EEN kwaliteitsverbeterproject dit aan te pakken. Eerst zal er bijgehouden worden bij hoeveel patiënten er thuis iets ligt van dossier tijdens enkele weekendwachten. Dit kan gaan van een labo uitslag, een brief van het ziekenhuis,… tot een volledig thuisdossier. Vervolgens worden deze resultaten en het nut van een thuisdossier voorgesteld op een LOK (Lokale Kwaliteitsgroep). Hierbij zullen de artsen van de wachtkring ook gemotiveerd en aangespoord worden om (iets van) thuisdossier aan te leggen bij hun patiënten met polypathologie. Enkele maanden later zou er dan tweede telling gebeuren om te kijken of het aantal thuisdossiers is toegenomen. Hierna wordt er een vragenlijst afgenomen van de artsen van de wachtkring om te peilen naar hun mening en het nut van thuisdossiers tijdens de wacht.

Qua resultaten zouden we een stijging moeten zien van het aantal patiënten die thuis iets van een kerndossier hebben, waardoor de arts van wacht meer achtergrondinformatie heeft.

Winst zou er moeten zijn voor de patiënten. Door de aanwezige informatie thuis over de patiënt, kan de arts van wacht een betere inschatting maken van de situatie. Dit kan gaan over het vermijden van allergische reacties bij bepaalde geneesmiddelen of aanpassing van dosering van medicatie bij nier- of leverinsufficiëntie en dus overdosering tegengaan. Maar ook bijvoorbeeld onnodige

ziekenhuisopname, wat niet alleen goed is voor de patiënt, maar ook voor de maatschappij. Ook voor de artsen zelf zou er een verbetering moeten zijn. Ze moeten zelf eerst een extra inspanning doen om hun thuisdossiers in orde te brengen. Echter, indien iedereen of de meeste dit doen, zouden zij in bepaalde situaties makkelijker een beslissing kunnen nemen doordat ze genoeg achtergrondinformatie ter beschikking hebben. De kwaliteit van de zorg zou dus in het algemeen moeten toenemen.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- ❑ EPIDEMIOLOGISCH
- X KWALITEITSVERBETERPROJECT

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- X NEEN

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: ...
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: ...

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE (VUL UNIVERSITEIT AAN) FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN(= FACULTEIT PROMOTOR)

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

X JA, HET GAAT HIER OM DE HUISARTSEN VAN DE WACHTKRING

X NEEN, PATIENTEN OP HUISBEZOEK TIJDENS WEEKENDWACHT

PATIËNTEN LIJDEND AAN : … CHRONISCHE ZIEKTE(N), POLYFARMACIE, POLYPATHOLOGIE

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

❑ JA
X NEEN

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 15 HUISARTSEN + DERTIGAL PATIËNTEN

D. LEEFTIJD : 25 – 110
E. GESLACHT : MAN EN VROUW

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? ARTSEN VAN DE WACHTKRING + PATIËNTEN MET CHRONSCHE ZIEKTE(N)/POLYFARMACIE/POLYPATHOLOGIE TIJDENS HUISBEZOEK WEEKENDWACHT

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

X JA, HET GAAT HIER OM DE HUISARTSEN VAN DE WACHTKRING

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

X JA

❑ NEEN

MONDELING :

X JA

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

❑ JA
❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : EIGEN STUDENTEN, EIGEN PERSONEEL ? …

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, …)

X JA

❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

XJA

❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ? VERTEGENWOORDIGER VAN PATIENT

C. GAAT HET OM KINDEREN?

❑ JA
XNEEN

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

❑ JA
❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

❑ JA
❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

X JA

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

X JA

❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.

WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

Er werd reeds een onderzoek gedaan naar het thuisdossier voor de wachtarts door Dr. Plancke Lies in de periode van 2011 tot 2013. Zij beschreef wat er eigenlijk allemaal in een thuisdossier zou moeten staan en hoe de artsen hier over dachten. In mijn project wordt hier op verder gegaan door het thuisdossier voor de wachtarts in de praktijk te brengen en het te implementeren in de wachtkring en zo de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?

X JA, BEDOELING IS DAT HET AANTAL THUISDOSSIER TOENEEMT, WAT DE ZORG VOOR IEDEREEN IN DE WACHTKRING ZOU MOETEN VERBETEREN

- ❑ NEEN

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

- X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT
- ❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : ...

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

GEEN BIJWERKINGEN

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

X JA

❑ NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ? VAN MARCKE MAARTEN

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?

JA

X NEEN, TOEZICHT NADIEN IS NIET NODIG.

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

JA

NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ? …

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

GEEN INTERVENTIE DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, ENKEL VRAGENLIJSTEN.

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA
X NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …

B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …

C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …

D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

❑ JA

WELKE ? …

❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN

WELKE .....

OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES

WELKE .....

OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN :.....

.....

.....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25 . FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X NIET VAN TOEPASSING

❑ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

- ❑ ERELOON:
- ❑ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN- opleiding

DATUM : 28/2/17
NAAM : Van Marcke Maarten
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 28/2/2017
NAAM : M. Vandenberghe A.H.
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN- opleiding

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 28/2/2017
NAAM : D. AVONTS
HANDTEKENING :



COPROMOTOR

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Mathys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be

UW KENMERK	ONS KENMERK	DATUM	KOPIE
	2017/0419	14-jun-17	Zie "CC"

BETREFT

Advies voor monocentrische studie met als titel:
Overdracht van informatie van huisarts naar wachtarts, een kwaliteitsverbeterend project.
MonaMa: Maarten Van Marcke

Belgisch Registratienummer: B670201732163

* Antwoord onderzoekers via mail dr. M. Van Marcke ontv. dd. 06/06/2017 op opmerkingen EC dd. 04/04/2017
* Adviesaanvraagformulier dd. 3/06/2017 (versie 1.1)
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 3/06/2017
  huisarts
* Informatie- en toestemmingsformulier dd. 3/06/2017
  patiënt (versie 1)
* Vragenlijsten
  Vragenlijst Masterproef (versie ontv. dd. 06/06/2017)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

**BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.
ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 13/06/2017. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 13/06/2018, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.**
Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 13/06/2017. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 13/06/2018, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.**
Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

**DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 20/06/2017
THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 20/06/2017**

* *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
* *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
* *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
* *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
* *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
* *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Verbeke
09/332 22 66

Universitair Ziekenhuis Gent

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2017/0419	14-jun-17	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2017/0419

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to ensure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promoter to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185 B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Davine Vebeke
09/332 22 66